DISSERTATION

N° 190.

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en mdecine ;

PAR EUGÈNE-PIERRE-PHILIPPE DELAROCHE, né à Ducé,

Département de la Manche ;

Bachelier ès-sciences.

« Antequàm de remediis statuare, primùm constare « oportet quis morbus et quæ morbi causa. »

BAILLOU, lib. 1, cons. 14.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Suppléant.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
	.....
Pathologie médicale	DUMÉRIL.
	ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER.
	BOUILLAUD.
	CHOMEL, Examinateur.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur.
	JULES CLOQUET.
	DUPUYTREN.
	ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe), Suppléant.	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir), Examinateur.	Piorry.
Cottereau, Examinateur.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

LEUR FILS RECONNAISSANT,

E.-P.-P. DELAROCHE.

DISSERTATION

SUR

LA PNEUMONIE AIGUË.

La pneumonie (du mot grec πνευμων, *poumon*) est le nom par lequel on traduit l'inflammation du parenchyme pulmonaire; souvent la plèvre est phlogosée en même temps que le poumon; mais comme je ne dois traiter ici que de celle qui affecte ce dernier organe, inflammation qui est indépendante de la première, autant par ses caractères anatomiques que par ses symptômes, je ne m'occuperai donc que de la pneumonie simple, dégagée de toutes les complications dont elle est susceptible. La pneumonie est certainement une des maladies qui, dans nos climats, se rencontrent avec le plus de fréquence, et partant, devait fixer l'attention des praticiens.

Les poumons, constamment abreuvés par le sang qu'y lance le cœur à chaque contraction, sont assujettis par leurs fonctions mêmes à beaucoup de vicissitudes, et se trouvent dans les conditions les plus favorables à être frappés de phlegmasie : rarement les deux poumons s'enflamment à la fois; et quand arrive cette complication, le prognostic est inquiétant pour le médecin, et souvent funeste au malade. Dans la grande majorité des cas, l'inflammation n'envahit qu'un

des lobes, sans franchir les scissures qui les limitent ; si elle vient à s'étendre aux lobes voisins, elle n'y existe pas au même degré.

En effet, si, le scalpel à la main, on étudie le poumon d'un sujet qui aura succombé à une pneumonie, on verra le lobe primitivement atteint à l'état d'induration rouge ou grise, pendant que les lobes voisins ne seront que légèrement engoués. L'observation clinique a démontré que le poumon droit est plus souvent affecté que le gauche, et que la partie qui est ordinairement le siége de ces lésions est l'inférieure ; après celle-ci, la supérieure.

Nous diviserons les causes de la pneumonie en *prédisposantes* et *occasionelles*.

Causes prédisposantes.

Les hommes sont plus sujets que les femmes aux congestions sanguines pulmonaires, sans doute à cause de leurs travaux plus pénibles. Ainsi, ceux qui par état sont obligés de vivre au milieu d'une atmosphère surchargée de vapeurs irritantes qui s'introduisent jusque dans les dernières ramifications bronchiques ; ceux qui jouent des instrumens à vent, les orateurs, les chanteurs ; ceux qui passent brusquement d'une température élevée, le corps étant en sueur, à une température humide et froide, se trouvent par là même exposés à contracter cette affection.

Parmi les causes prédisposantes de la pneumonie, *Stoll* range les professions sédentaires, peut-être par les diverses positions du corps qu'elles nécessitent et qui gênent la circulation du sang en le faisant refluer vers le poumon, où, tôt ou tard, dans un point de son étendue, il produit une congestion.

Une forte constitution, le tempérament sanguin, l'âge adulte, sont indiqués par les auteurs comme donnant souvent lieu à cette phlegmasie. Mais gardons-nous bien d'en déduire cette conséquence, que l'enfance et la vieillesse en sont à l'abri : tous les médecins savent que la pneumonie attaque tous les âges ; ils n'ignorent pas davantage que si elle paraît moins fréquente à l'aurore ou au déclin de la car-

rière de l'homme, c'est qu'elle est souvent latente et méconnue. L'inflammation du poumon ne se rencontre pas dans une même proportion pendant toutes les saisons de l'année ; elle est plus fréquente vers la fin de l'hiver, au printemps, époque où les constitutions atmosphériques éprouvent diverses modifications, et alors agissent avec plus ou moins d'intensité sur notre organisation.

Hippocrate avait observé dès long-temps que le voisinage des marais, l'habitation des lieux bas et humides étaient encore des causes qui influaient sur la fréquence de cette maladie : on l'a regardée comme ayant un caractère épidémique. Par la raison qu'on a été frappé une fois de pneumonie, on est plus prédisposé à la contracter de nouveau.

Causes occasionelles.

Les causes directes qui doivent nécessairement donner lieu à une inflammation des organes respiratoires, sont les coups, les chutes sur la poitrine, les plaies pénétrantes dans sa cavité, les fractures des côtes, qui peuvent s'enfoncer dans le parenchyme des poumons. L'introduction de quelques corps étrangers dans les voies aériennes, l'inspiration de vapeurs âcres, l'ingestion dans l'estomac de liquides glacés, pendant que le corps est baigné d'une abondante transpiration, le passage subit du froid au chaud, la soustraction rapide du calorique après un travail excessif ou une longue course, agissent d'une manière plus ou moins intense, en favorisant le développement de cette phlegmasie aiguë. L'exposition imprudente aux vents froids et humides du nord et de l'est, en évaporant rapidement la transpiration insensible, détermine aussi beaucoup de pneumonies.

Ajoutons à toutes ces causes la suppression des hémorrhagies périodiques et menstruelles, du flux hémorrhoïdal, la guérison prompte des ulcères, des cautères déjà anciens. Sont dans le même cas les grandes opérations chirurgicales, la répercussion des maladies de la peau, la métastase d'une affection rhumatismale ou goutteuse.

Parmi les actions spontanées, la lutte, les cris aigus, l'équitation,

la déclamation trop long-temps prolongée, la colère et toutes les passions vives produisent la pneumonie. Telles sont en général les causes occasionelles de cette maladie.

Cependant, remarquons que l'influence de toutes ces causes n'est pas une condition nécessaire au développement de l'inflammation du poumon; en effet, combien de sujets ne s'y exposent-ils pas impunément, tandis que d'autres, observant le plus religieusement possible toutes les règles de l'hygiène, ne s'en trouvent pas moins affectés !

Symptômes précurseurs et locaux.

L'invasion de la pneumonie s'annonce souvent par un frisson plus ou moins intense, suivi de chaleur; néanmoins il n'existe pas toujours. Après quelques jours d'un malaise général, de brisement des membres, d'inappétence, de lassitude, une douleur profonde, pongitive, se fait bientôt sentir au-dessous de l'un ou de l'autre sein; elle augmente par la toux, la parole et le mouvement; le point douloureux n'est pas toujours fixé au-dessous d'un des seins; il peut se manifester soit sous le sternum, au dos, aux épaules, et quelquefois occuper d'une manière vague toute l'étendue de la cavité thoracique; la toux est ordinairement fréquente et forte, d'autres fois rare et peu marquée, d'abord sèche, puis s'accompagne d'une expectoration plus ou moins facile.

Dans le principe, les crachats sont muqueux, blanchâtres, offrent plus tard un aspect tout à fait caractéristique; ils sont transparens, visqueux, mêlés de bulles d'air et si intimement adhérens au fond du vase qui les contient, qu'on peut renverser celui-ci sans qu'ils se détachent de ses parois; ensuite ils sont rouillés ou rouges jaunâtres.

Dans les pneumonies très-aiguës et intenses, ils se suppriment tout à fait; d'autres fois on les voit diffluens, semblables à du jus de pruneaux ou à une forte dissolution de gomme arabique, et recouverts d'écume blanchâtre.

La dyspnée est quelquefois peu sensible pour le malade; dans d'au-

tres circonstances, elle est si fréquente et si pénible, qu'on y remarque dans le pouls de l'inégalité et de l'intermittence : cette difficulté de respirer devient si grande, que le malade en éprouve des sueurs abondantes et une anxiété extrême.

Symptômes généraux.

Ce sont ceux de toutes les phlegmasies aiguës : le pouls est fréquent, large, petit, intermittent; l'haleine est chaude, la face animée, les yeux injectés, larmoyans ; il y a de la soif et de la céphalalgie ; la langue est humide et blanche; le sang tiré de la veine se recouvre d'une couenne inflammatoire épaisse.

Signes fournis par la percussion et l'auscultation.

Au début de la maladie, la résonnance de la poitrine ne diffère pas de l'état normal ; c'est du deuxième au troisième jour que la sonoréité a une marche décroissante ; les parois thoraciques sont moins sonores que dans l'état naturel, quand les poumons ne sont qu'engoués ; au contraire, elles donnent un son tout à fait mat, lorsque la maladie est arrivée à sa deuxième période. On apprécie cette diminution du son ou la matité parfaite, en percutant tour à tour les deux côtés de la poitrine : par là on s'aperçoit de la différence; mais la difficulté devient plus grande quand les deux poumons sont frappés à la fois d'inflammation, puisqu'il n'existe plus de parallèle à établir.

La respiration présente ce changement remarquable que *Laennec* a désigné par le nom de *râle crépitant.* Dans la première période, lorsque le poumon commence à s'engouer, le râle crépitant paraît et se fait entendre dans les vésicules pulmonaires ; il provient probablement du mélange de l'air avec les liquides épanchés dans les cellules pulmonaires. La maladie fait-elle des progrès, le poumon vient-il à passer à l'état d'hépatisation rouge, les vésicules gorgées de sang n'étant plus perméables à l'air, le râle crépitant cesse ; on n'entend plus qu'un bruit analogue à celui d'un soufflet, bruit qui se passe dans les

sueurs visqueuses et froides, l'existence des phénomènes cérébraux avec complication d'une maladie quelconque ; la marche croissante de la phlegmasie, malgré le traitement le plus rationnel, présagent une mort prochaine. Tous ceux qui ont quelque habitude clinique savent fort bien que la pneumonie est d'autant plus grave qu'elle survient chez des vieillards ou des sujets plus usés, affectés de maladies chroniques. Ainsi, chez les phthisiques, elle accélère le moment fatal en activant le ramollissement de la matière tuberculeuse. L'altération gangréneuse, heureusement très-rare, amène presque certainement la mort, si elle n'en est pas toujours une conséquence nécessaire. Au contraire, dans la première période, quand l'inflammation n'occupe qu'un espace très-circonscrit, quand la respiration reste facile, que les crachats sont abondans, qu'ils ne sont ni rouillés, ni grisâtres, ni diffluens, qu'une sueur copieuse s'établit ; enfin, si les urines sont sédimenteuses, abondantes, alors il est permis de pronostiquer une guérison prompte et heureuse.

Altérations pathologiques.

L'autopsie des individus qui succombent à l'inflammation du poumon nous fait observer des altérations profondes et intéressantes à étudier. Nous divisons ces lésions en quatre degrés bien tranchés, dont les formes sont faciles à déterminer; tels sont l'*engouement inflammatoire*, l'*hépatisation rouge*, l'*hépatisation grise* et la *gangrène*.

Premier degré. Dans l'engouement inflammatoire, le tissu pulmonaire, plus lourd que dans l'état normal, est, à l'extérieur, d'une couleur livide, violacée et plus ferme; néanmoins il crépite encore; si on le comprime entre les doigts, on s'aperçoit qu'il est dur, compacte, engorgé par des liquides ; pressé dans la main, il conserve l'impression du doigt comme un membre infiltré, et semble contenir dans ses cellules une plus grande quantité de liquide que d'air; si on le coupe

par tranches, une sérosité rougeâtre, sanguinolente, s'en échappe. Ces caractères ne s'observent que dans une phlegmasie légère; mais si l'inflammation a été violente, le poumon devient plus friable. Des incisions pratiquées s'écoule un liquide écumeux, moins abondant que dans le premier cas. Le tissu du poumon offre un aspect noirâtre si la maladie a été compliquée d'une fièvre grave.

Deuxième degré. Après avoir parcouru le premier degré, la maladie faisant des progrès, et l'intensité marchant en progression croissante, le poumon ne crépite plus du tout entre les doigts qui le pressent; il tombe au fond de l'eau, et présente une analogie véritable avec le parenchyme du foie; c'est à cause de cela que les anatomistes modernes ont donné à la lésion du deuxième degré le nom d'*hépatisation rouge.* Ses nuances varient à l'extérieur comme à l'intérieur; il conserve pourtant sa couleur rouge. Si, à l'aide d'une bonne loupe, on examine attentivement la substance pulmonaire, on acquiert la certitude qu'elle est formée d'une infinité de granulations très-petites, agglomérées les unes sur les autres, granulations qui ne sont vraisemblablement composées que de vésicules pulmonaires épaissies. A la première inspection de la poitrine, on pourrait croire que le poumon hépatisé est plus volumineux que celui qui est resté sain; mais il n'en est rien. Cette erreur vient de ce que le poumon, ne contenant plus d'air, ne peut revenir sur lui-même à l'ouverture de la cavité thoracique, et la remplit exactement. Nous avons vu, examiné et mesuré les dimensions de la poitrine, tant sur le vivant que sur le cadavre, et nous n'avons pas remarqué de dilatation sensible sur le côté affecté. Ces observations peuvent servir à établir la différence des signes pathognomoniques de la pneumonie d'avec ceux de la pleurésie.

Troisième degré. Dans l'inflammation du poumon arrivée à sa troisième période, son tissu est plus ferme, moins perméable à l'air, plus facile à déchirer que dans le second degré. Sa couleur est jaune-

grisâtre, dont la cause est dans l'infiltration purulente développée dans son parenchyme. En y pratiquant des incisions, on fait exsuder une matière épaisse d'un blanc sale, véritable pus intimement combiné avec des molécules sanguines. Pressée entre les doigts, la matière puriforme ne tarde pas à suinter, et il ne reste plus dans la main qu'un tissu celluleux et vasculaire. Suivant *Laennec* et M. *Andral*, il est rare de trouver du pus réuni en foyer au milieu du poumon ; on le trouve disséminé entre les lames qui constituent ses différentes parties.

Gangrène.

La gangrène du poumon, heureusement fort rare, est produite le plus souvent sous l'influence d'un principe délétère, agissant sur l'économie en général; car on ne peut l'attribuer à l'intensité de l'inflammation, puisqu'elle est peu apparente et violente dans cette terminaison de la pneumonie; d'ailleurs, rarement la gangrène frappe un espace considérable ; elle se montre sous la forme d'une escharre grise, noirâtre, tombant en déliquium, abreuvée d'une sanie abondante, d'une fétidité remarquable. Quand la phlegmasie de la plèvre se rencontre en même temps que celle du poumon, les altérations qu'elle présente dans les points qui correspondent au poumon sont des pseudo-membranes opaques, épaisses dans certains endroits, diaphanes et minces dans d'autres; à la base de la poitrine existe une plus ou moins grande quantité de sérosité d'un aspect sanguinolent et louche. Quand l'inflammation a envahi la muqueuse bronchique, l'autopsie y fait reconnaître de la rougeur et de la tuméfaction. Les autres viscères sont plus ou moins congestionnés, et cela en raison de la plus grande dyspnée. Les cavités droites du cœur sont presque toujours dilatées par les caillots d'un sang noir.

Caractères anatomiques indiquant la résolution de la pneumonie.

Lorsque la pneumonie marche vers la guérison sans avoir dépassé le premier degré, on a observé, chez les individus qui succombaient à une maladie étrangère, que le sang qui engouait le tissu du poumon était résorbé; il paraît aussi sec que dans l'état naturel, et semble rougi par une teinture légère; mais, dans le second degré d'induration, on remarque les caractères suivans : les parties indurées et hépatisées prennent une couleur plus pâle; de rouge qu'elles sont, elles deviennent d'un gris violet; puis, peu à peu, elles se revêtent d'une nuance rougeâtre, pâle, propre au tissu du poumon, conservant pendant quelque temps encore cette même teinte, quoique les vésicules soient redevenues perméables à l'air. Ces vésicules sont moins dures, les granulations s'effacent. La résolution ne marche pas également dans tous les points à la fois. Les premiers affectés se résolvent aussi les premiers; quelques noyaux plus denses existent encore çà et là, indiquant vers leur centre les caractères d'une véritable hépatisation, tandis que leur circonférence se confond avec les parties où la résolution est parfaite.

Parvenue au troisième degré, l'absorption de la matière purulente peut encore se faire. Au commencement la couleur jaune cendrée du poumon prend un aspect blanchâtre; le pus, mêlé d'une grande quantité de sérosité, contient de petites bulles d'air; l'aspect celluleux des vésicules commence à redevenir sensible; la dureté hépatique, moins grande, a de l'analogie avec celle qu'on observe dans l'œdème du poumon. La crépitation revient insensiblement; le poumon, à cette époque, ne plonge plus au fond de l'eau; la sérosité rentre par la voie de l'absorption dans le torrent de la circulation.

Traitement.

Parmi les moyens thérapeutiques employés contre la pneumonie aiguë, la plupart des médecins, depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours, se sont accordés à mettre au premier rang les émissions sanguines : la saignée, en effet, a l'immense avantage de diminuer la masse du sang qui, dans un temps donné, doit pénétrer le tissu vésiculaire du poumon, pour y être soumis à l'influence nécessaire de l'air; par ce moyen, l'activité des fonctions de l'organe respiratoire est donc diminuée, et concourt, par là même, à vaincre les symptômes morbides. La quantité de sang qui devra s'écouler de la veine sera subordonnée à la violence de l'inflammation, à l'espace plus ou moins grand qu'elle aura envahi, à l'âge, à la vigueur et à l'état général du sujet. Est-il sanguin, bien constitué, fortement frappé, une saignée de seize à dix-huit onces est rationnellement indiquée. On y reviendra plusieurs fois de suite, si les forces et les circonstances l'exigent : un pouls misérable, sa contraction, la faiblesse, la pâleur extrême ne contre-indiquent pas toujours les émissions sanguines. A la clinique de M. *Chomel*, nous avons observé plusieurs fois qu'une saignée pratiquée en pareille circonstance, bien loin d'affaiblir le malade, lui rendait plus de force, et, à mesure que le sang s'écoulait de la veine, l'artère se relevait peu à peu, preuve évidente que la débilité n'est qu'apparente.

M. *Andral* croit que l'âge du malade doit rarement empêcher de pratiquer des saignées répétées, la maladie faisant des progrès.

L'emploi sagement combiné des sangsues est aussi d'un grand secours dans le traitement de cette affection; les ventouses scarifiées, dont le mode d'action a de l'analogie avec celui des sangsues, peuvent y suppléer. On ne peut fixer l'époque où l'on doit abandonner ces remèdes; disons toutefois que, plus on est loin de l'époque de l'invasion, moins ils sont favorables. Si, malgré tous ces efforts pour étouffer l'inflammation dès son berceau, une récrudescence se manifeste, des émissions sanguines doivent être encore faites, bien que

la pneumonie ait déjà cinq à six jours de date : ensuite, ajouter à ce traitement des boissons adoucissantes sucrées ; telles sont une infusion de violette, de bouillon blanc, de fleur de mauve, une décoction de racine de guimauve édulcorée avec un sirop de capillaire ou de sucre simplement. Elles doivent être prescrites tièdes, pour ne pas exciter la toux. La position du malade est loin d'être indifférente : on le placera dans une position demi-assise, afin de diminuer l'afflux du sang vers la poitrine. La parole lui sera interdite. La température de la chambre devra être de 15 à 16 degrés. Après les quintes de toux on lui fera prendre une cuillerée d'une potion gommeuse; si l'affection fait des progrès, on appliquera des vésicatoires. Des potions expectorantes pour faciliter l'expuition des crachats seront prescrites. Les praticiens ne sont pas tous d'accord sur l'endroit où doivent être appliqués les vésicatoires. Les uns veulent qu'on les place loin du siége du mal, les autres préfèrent les établir sur la poitrine elle-même. Si des symptômes cérébraux, adynamiques et de prostration se déclarent, les révulsifs seront fixés aux extrémités inférieures. Une décoction de polygala, une infusion de camomille romaine ou de lierre terrestre, des potions dans lesquelles on fera entrer une demi-once ou une once d'oxymel scillitique, devront être continuées jusqu'à l'entière résolution de la maladie. Cette méthode a été mise en usage par les praticiens de tous les pays, et tous en ont obtenu des succès nombreux et non équivoques.

Méthode contre-stimulante.

Ce mode de traitement, qui consiste dans l'emploi de l'émétique à haute dose, administré en France par *Laennec*, est propre à *Rasori*, qui dès long-temps avait expérimenté en Italie ce médicament; après avoir pratiqué une saignée de huit à seize onces, suivant les circonstances, on fait prendre une première dose d'un grain dans deux onces et demie d'infusion de feuilles d'oranger ou d'une émulsion édulcorée avec du sirop de gomme; on répète cette dose toutes les

deux heures jusqu'à ce que le malade en ait pris six grains. On le laisse reposer pendant sept ou huit heures. La pneumonie est-elle avancée, la difficulté de respirer extrême; les deux poumons sont-ils congestionnés dans leur presque totalité : loin d'interrompre l'usage du tartre stibié, il faut en continuer exactement l'emploi jusqu'à ce que les signes de l'auscultation démontrent de l'amélioration dans les symptômes morbides. Beaucoup de malades ne peuvent supporter une telle dose d'émétique sans éprouver des superpurgations; d'autres, au contraire, ne vomissent qu'une ou deux fois et ont quelques selles liquides qui cessent vers le deuxième jour : alors il y a *tolérance*. Les malades sont même quelquefois constipés : il faut recourir aux lavemens. Si, le second jour, on remarque que le tartre stibié est difficilement toléré, on ajoute à la potion une once à une once et demie de sirop diacode. Quand ce traitement ne donne pas lieu à des évacuations alvines, les effets en sont généralement plus rapides et plus avantageux ; on continue cette médication jusqu'à ce que les dernières traces du râle crépitant aient disparu entièrement. D'autres antimoniaux sont encore administrés ; tel est l'oxyde blanc d'antimoine, et sans l'aide de la saignée. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu des pneumonies intenses céder en quelques jours sous l'influence de ces moyens employés constamment par M. *Trousseau*. Si nous croyons ce mode de traitement avantageux, c'est surtout chez des vieillards cacochymes et usés, chez lesquels on ne peut rationnellement pas tirer de sang. En général, la convalescence est peu longue et n'existe pour ainsi dire pas chez les sujets qui y ont été soumis.

Régime de la pneumonie.

Dans la période aiguë de la maladie, tout aliment devra être supprimé ; les substances sucrées et mucilagineuses entreront dans la composition des boissons ; mais quand l'inflammation aiguë diminue sensiblement, des alimens légers peuvent être permis au malade. *Hippocrate*, qui savait si bien observer la nature, ne mettait pas ses

malades à une diète absolue; il leur donnait des alimens appropriés à leur état, afin de leur rendre une force nécessaire pour aider la résolution de la maladie. Ignore-t-on qu'un malade puisse mourir de faim comme un homme bien portant? Privez l'estomac d'alimens, cet organe deviendra si irritable, que vous ne saurez comment le nourrir quand la fièvre sera tombée, ce qui rendra la convalescence dangereuse et très-longue.

La chaleur trop grande de l'appartement, les couvertures trop pesantes, le défaut du renouvellement de l'air, sont nuisibles aux pneumoniques. Si on s'aperçoit de ces inconvéniens, découvrir le malade, l'exposer pendant un moment à un air un peu frais, est une pratique salutaire et favorable.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE.

I.

A la suite d'une fièvre intermittente, si on veut mettre les malades à l'abri d'une rechute, il faut administrer pendant quelque temps encore le quinquina après que les accès ont disparu.

II.

Les dégénérescences tuberculeuses sont plus fréquentes chez les personnes lymphatiques, ainsi que chez les sujets qui habitent les grandes villes.

III.

La phthisie pulmonaire est plus connue dans les pays froids et humides que dans ceux qui sont secs et chauds.

IV.

Chez les personnes âgées, l'ictère est le plus souvent causé par un obstacle mécanique au cours de la bile; chez ces sujets, on trouve presque constamment une altération organique du foie ou des canaux biliaires.

V.

La grande majorité des pneumonies chez les vieillards ne se traduisent par aucuns symptômes autres que les traits de la face; la respiration n'est quelquefois pas difficile, quoique la plus grande partie des deux poumons soit hépatisée.

VI.

Quand, sans cause connue, après un léger mouvement fébrile, on observe un engorgement des ganglions du cou, on peut pronostiquer un érysipèle de la face.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes; minimè adolescentes; omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Sect.* 1, *aph.* 13.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

III.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Spasmo aut tetano detento febris si accesserit, morbum solvit. *Sect.* 4, *aph.* 57.

V.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

VI.

Erysipelas ab exterioribus verti ad interiora, non bonum; ab interioribus autem ad exteriora, bonum. *Sect.* 6, *aph.* 25.